

PLANILLA DE INGRESO | PROGRAMA CUIDARTE

COMPLETAR POR MÉDICO ONCÓLOGO

Nombre y Apellido del Afiliado

Nº Afiliado

DNI

Fecha de nacimiento

Teléfono

Celular

E-mail

Domicilio

Localidad

Domicilio de prestación

Vive solo? SI NO

Nombre y Apellido de familiar responsable

Teléfono de contacto

E-mail

Nombre y Apellido de otro familiar responsable

Teléfono de contacto

E-mail

Nombre y Apellido del médico oncólogo solicitante /

Teléfono de contacto /

E-mail /

DIAGNÓSTICO / _____

Fecha Diagnóstico: ___ / ___ / ___

DISEMINACIÓN LOCOREGIONAL NO SI _____

METÁSTASIS NO SI Localización / _____

ENFERMEDAD Epicrisis /

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS (Adjuntar informes de estudios de diagnóstico)

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTUAL (marcar con una cruz)

SE INICIARÁ EN CURSO SUSPENDIDO

PROBLEMAS A TRATAR (marcar con una cruz)

DOLOR		CONSTIPACIÓN		Sme. CONFUSIONAL		OTROS /
ASTENIA		DEPRESIÓN		DISNEA		
ADELGAZAMIENTO		ANSIEDAD		DISFAGIA		
ANOREXIA		INSOMNIO		ODINOFAGIA		
NÁUSEAS/VÓMITOS		SOMNOLENCIA		CONVULSIONES		

EXAMEN FÍSICO /

Peso _____ kg Altura _____ m Tensión Arterial _____ FC _____

Estado de conciencia / lúcido vigil estupor, obnubilación, coma

Alimentación / vía oral enteral parenteral

Piel / s/p escaras otros _____

TCS / s/p _____

Cabeza y Cuello/ s/p _____

Boca/ s/p _____

Sistema linfático/ s/p _____

Aparato cardiovascular/ s/p _____

Aparato respiratorio/ s/p _____

Abdomen/ s/p _____

Aparato locomotor/ s/p _____

Examen neurológico/ s/p _____

Examen urogenital/ s/p _____

LABORATORIO BASAL (último análisis realizado) /

Fecha _____

Hematocrito _____ Urea _____

Hemoglobina _____ Calcemia _____

Leucocitos _____ Hepatograma _____

Plaquetas _____ Albuminemia _____

Creatinina _____ Quick/ KPTT _____

ECOG /

¿La persona puede desempeñarse en su trabajo? SI NO

¿Permanece en cama más del 50% del día? SI NO

¿Requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria? SI NO

¿Permanece en cama el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria? SI NO

MEDICACIÓN ACTUAL /

CONSUME OPIOIDES / NO SI Cual? _____

SOLICITUD DE MODULO Y SUBMODULO

/ Marque con una cruz /

MODULO 1 / Equipo Completo

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 2 visitas por semana
Enfermería	3 a 7 visitas por semana
Psicología	1 visita por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
Trabajador social	1 visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 1 / Equipo Básico

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 2 visitas por semana
Enfermería	3 a 7 visitas por semana
Insumos	

MODULO 2 / Equipo Completo

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 3 visitas por semana
Enfermería	1 a 2 visitas por día
Psicología	1 a 2 visitas por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
Trabajador social	1 visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 2 / Equipo Básico

	Cantidad de visitas
Médico	1 a 3 visitas por semana
Enfermería	1 a 2 visitas por día
Insumos	

MODULO 3 / Equipo Completo

	Cantidad de visitas
Médico	2 a 4 visitas por semana
Enfermería	2 a 3 visitas diarias
Psicología	1 a 2 visitas por semana
Terapia física (Kinesiología respiratoria Terapia ocupacional-Fonoaudiología)	3 visitas por semana
Trabajador social	1 visita cada 15 días
Insumos	

MODULO 3 / Equipo Básico

	Cantidad de visitas
Médico	2 a 4 visitas por semana
Enfermería	2 a 3 visitas diarias
Insumos	

SUBMODULOS (marque con una cruz)

ORTOPEDIA /

- Cama
- Silla de ruedas
- Andador
- Muletas
- Inodoro portátil
- Eleva inodoro
- Silla para baño
- Almohadón antiescaras de neoprene
- Colchón antiescaras con motor compresor

OXIGENOTERAPIA /

- Tubo
- Recarga
- Concentrador de O2 + Tubo de Back Up
- Mochila ultraliviana de transporte
- Aspirador de secreciones
- Nebulizador

CUIDADOR _____ **hs** (pueden completar los valores: 6-12-18 ó 24)

FECHA INICIO PRESTACIÓN ____ / ____ / ____.

Firma y Sello / N° Matrícula